CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES
DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXXe SESSION
GENÈVE-LAUSANNE, 2-7 AOUT 1926

RAPPORT D'ASSISTANCE

LA THERAPEUTIQUE
DES
MALADIES MENTALES
PAR LE TRAVAIL

PAR

le Prof. Ch. LADAME et **le Dr DEMAY**
Directeur de l'Asile de Bel-Air (Genève) *Médecin-chef de l'Asile de Clermont (Oise)*

PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, Boulevard Saint-Germain

1926



CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES
DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXXe SESSION
GENÈVE-LAUSANNE, 2-7 AOUT 1926

RAPPORT D'ASSISTANCE

LA THERAPEUTIQUE DES MALADIES MENTALES PAR LE TRAVAIL

PAR

le Prof. Ch. LADAME et le Dr DEMAY

Directeur de l'Asile de Bel-Air (Genève) — *Médecin-chef de l'Asile de Clermont (Oise)*



PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, Boulevard Saint-Germain

1926

LA THÉRAPEUTIQUE DES MALADIES MENTALES PAR LE TRAVAIL

Dès les débuts de l'organisation médicale des Asiles, le Travail des malades est apparu comme un facteur essentiel. Nul principe sur lequel la médecine ancienne et moderne soient d'un accord plus unanime, écrit Pinel, pour qui le travail est la « loi fondamentale » de tout hospice d'Aliénés. D'après le célèbre aliéniste, c'est à l'Espagne que nous devons le premier exemple d'un Asile — celui de Saragosse — où les malades étaient occupés à des travaux agricoles. Gaspard de la Rive en Suisse, Daquin en Italie, Reil et Langermann en Allemagne, Esquirol et Ferrus en France, Guislain en Belgique insistent sur l'importance du travail comme agent thérapeutique. Très rapidement une doctrine s'élabore, qui devait trouver dans l'œuvre de Parchappe sa plus parfaite expression. L'Administration française s'en inspire dans la rédaction de l'ordonnance de 1839 et du règlement de 1857. Présidant, en 1878, la séance d'ouverture du Congrès International de Médecine Mentale, Baillarger pouvait citer comme un des grands progrès accomplis depuis le commencement du siècle, l'introduction dans les Asiles du travail, et spécialement du travail agricole : « Jusqu'où ne va pas son action bienfaisante sur l'esprit et le corps, proclamait-il, et quelle large part ne peut-on pas lui faire dans la guérison d'un grand nombre de malades. »

La France semble bien être le seul pays possédant réglementation centrale du travail des malades dans les Asiles. Partout ailleurs, liberté et initiative individuelle sans limites. Loin de nous, la pensée de diminuer le mérite d'une règle générale ou de méconnaître les avantages incontestables d'obligations qui déterminent la conduite à tenir dans ce domaine. Cependant, quels que soient les inconvénients qui peuvent naître du système de la liberté, ils sont largement compensés par les résultats thérapeutiques étonnants obtenus

par les personnalités actives, entreprenantes et douées du sens administratif qui peuvent réaliser sans entraves leurs conceptions personnelles.

Nous ne pouvons songer, en raison des limites imposées à ce rapport, à passer en revue toutes les questions qui se posent à propos du traitement des maladies mentales par le travail. Nous nous limiterons au travail des malades placés à l'Asile. Nous éliminerons ainsi ce qui a trait au placement familial, au patronage des aliénés, déjà étudiés dans de précédents Congrès, au traitement médico-pédagogique des enfants anormaux. Nous nous abstiendrons de toute bibliographie. Passant rapidement sur les notions bien établies, nous insisterons sur celles qui peuvent donner lieu à controverse. Après avoir étudié les travaux applicables aux aliénés et la réglementation du travail dans les Asiles, nous nous attacherons à préciser les indications du travail dans les différentes psychoses et les règles qui doivent présider à la mise en œuvre de cette thérapeutique.

I. — MODALITÉS DU TRAVAIL DANS LES ASILES

D'après le règlement de 1857, modifié par l'arrêté du 19 décembre 1892 (art. 151), le travail comprend :

1° les travaux intérieurs ;

a) participation aux soins du ménage, aux travaux des services généraux ;

b) travaux de culture maraîchère et de jardinage ;

c) travaux de couture et de blanchissage ;

d) travaux relatifs à l'entretien des bâtiments et du mobilier (ateliers divers) ;

2° les travaux extérieurs ;

a) travaux de terrassement et de construction ;

b) travaux agricoles ;

c) travaux industriels.

1° **Travaux intérieurs.** — Nous ne nous arrêtons pas sur ce que Parchappe appelle les *travaux sans caractère spécial.* Dans tous les Asiles, les malades sont employés comme aides à l'intérieur des quartiers pour les soins du ménage, et dans les divers services (cuisine, magasin, lingerie, écuries, bûcher, etc.). Notons toutefois, à ce propos, l'intérêt qu'il peut y avoir à détacher, pendant la journée, certains malades chez des fonctionnaires ou employés de l'Asile, à condition, bien entendu,

que ceux-ci se substituent à l'Etablissement pour rémunérer les malades qu'ils emploient. Il y a là, en quelque sorte, une association du placement familial et du traitement à l'Asile qui donne souvent d'heureux résultats. M. Th. Simon a cité, dans une Chronique des *Annales Médico-psychologiques* (novembre 1923), des cas particulièrement suggestifs de malades inoccupés à l'Asile, en raison de leur caractère difficile, instable, ou de leurs accès fréquents d'excitation, et qui, placés chez un médecin, se réadaptent progressivement à la vie normale. Aussi la limitation apportée par certaines administrations à l'emploi des malades dans les ménages de fonctionnaires apparaît comme contraire à l'intérêt bien entendu des malades.

Malades employés comme Auxiliaires des Infirmiers. — Les circulaires ministérielles du 11 septembre 1920 et du 22 décembre 1921 proscrivent, de façon absolue, dans les Asiles d'aliénés, l'emploi des malades pour remplir les fonctions d'infirmier et même de gardien.

Il s'agit là d'une pratique très ancienne. Au XVIIIe siècle, dans la maison des fous d'Amsterdam, à part 4 ou 5 infirmiers permanents, tous les autres étaient pris parmi les convalescents. « Il n'est pas à craindre que le service languisse, ajoute Thouin, qui nous a laissé cette relation, parce qu'il y a presque autant d'infirmiers que de malades, et qu'ils sont dirigés par un homme de service affecté à chaque salle. » A Bicêtre, le surveillant Pussin, nous dit Pinel, engageait les convalescents à soigner les autres malades.

Il n'est pas impossible de concilier le point de vue, très légitime, de l'Administration, et la nécessité de remédier à la pénurie du personnel infirmier dont souffrent actuellement la plupart des Asiles Départementaux français. Certes, ce serait une faute grave que de laisser à des malades même très améliorés, même guéris, la surveillance exclusive d'une salle ou d'un dortoir, à plus forte raison de leur confier les clefs des portes extérieures ou intérieures. En cas d'accident, la responsabilité du médecin serait fortement engagée. Mais si l'on admet que certains malades peuvent participer aux travaux ménagers, on ne saurait trouver mauvais que, sous la direction du personnel, ils aident celui-ci à distribuer les aliments, à donner des soins de propreté aux malades alités ou impotents. On peut même, sans pour cela renverser les rôles, et sans substituer les malades aux infirmiers, faire contribuer, dans

une certaine mesure, des convalescents, des sujets lucides, à la surveillance des autres malades. En groupant judicieusement les malades selon leur état mental, en leur assignant dans un dortoir ou dans une chambre commune une place bien définie, au lieu de laisser la répartition se faire au hasard, en encadrant, par exemple, un mélancolique à idées de suicide entre deux malades « de tout repos », on arrive, non pas certes à se passer d'infirmiers, mais à faciliter la tâche d'un personnel réduit, tout en procurant à des malades, dont certains y sont très sensibles, la satisfaction de remplir un rôle des plus utiles.

Malades employés dans les bureaux. — Par contre, l'affectation de malades au travail de bureau ne laisse pas de présenter des inconvénients, du moins en ce qui concerne les bureaux de la direction. Les dossiers médico-administratifs doivent rester rigoureusement secrets, et si l'on peut imposer cette règle au personnel, comment exiger d'un malade qu'il ne la transgresse pas? Le plus souvent, il n'en comprend pas l'importance ; d'où indiscrétions vis-à-vis des autres malades et vis-à-vis des familles. Quant au travail dans les bureaux de l'Economat, il n'a plus du tout le même caractère ; il s'agit uniquement de comptabilité, de registres à tenir, d'inventaires à dresser, tous travaux pour lesquels des malades peuvent être utilisés, s'ils ont les capacités nécessaires, sous la direction et le contrôle appropriés.

Au travail de bureau, il conviendrait d'ajouter le *travail intellectuel,* que le règlement ne semble pas avoir prévu. Renaudin en 1846, avait ouvert à l'Asile de Fains, une école élémentaire et supérieure dirigée par un instituteur breveté, suivant en cela l'exemple donné par David Richard à Stephansfeld (1) (leçons orales, leçons de choses, promenades d'étude).

2° **Travaux industriels.** — Ils sont effectués, soit dans des *ateliers généraux* distincts des quartiers de traitement, soit dans des *ateliers organisés à l'intérieur même de ces quartiers.*

Les premiers existent dans la plupart des Asiles et permettent à certains malades de se livrer à l'exercice de leur profession antérieure : menuiserie, peinture, serrurerie, chau-

(1) Paul Courbon. — David Richard, directeur de Stephansfeld. *Ann. méd. psychol.*, avril 1926, p. 289.

dronnerie, maçonnerie, cordonnerie, etc... Dans les Asiles actuels, ces ateliers sont généralement trop exigus, et c'est seulement un petit nombre de malades qui peut y trouver place. Il n'en est pas de même pour les ateliers des femmes : la couture, le repassage, la buanderie, réunissent toujours un nombre important de travailleuses, on conçoit aisément pourquoi.

Les *ateliers situés à l'intérieur des quartiers* sont beaucoup plus rares. Nous avons fait une enquête à ce sujet dans 25 Etablissements français, tant publics que privés : 23 d'entre eux ne possédaient aucune organisation de ce genre. Et pourtant, elle seule permet de donner une occupation à toute une série de malades dont nous parlons plus loin et qu'il est impossible de laisser travailler au dehors, en raison de leurs tendances dangereuses. Cette organisation a, par ailleurs, l'avantage d'être économique. On peut s'en tenir à des travaux ne nécessitant qu'un outillage peu coûteux (vannerie, brosserie, reliure, tricotage à la machine, etc...), travaux faciles à exécuter, sans long apprentissage, et pouvant s'installer dans n'importe quel local. Pour les femmes, il est aisé d'avoir dans chaque quartier un petit matériel de couture et, au besoin, quelques machines à coudre, à l'usage des malades qui ne peuvent fréquenter l'atelier central.

Notons enfin, après Parchappe, l'intérêt qu'il y aurait pour les asiles, à s'inspirer des *industries régionales* (tissage, fabrication de gants, de dentelles, etc...).

3° **Travail agricole.** — Il a été considéré de tout temps comme le travail de choix pour les aliénés. Il suffit de rappeler le vœu formulé par Pinel « d'adjoindre à tout hospice d'aliénés un vaste enclos, ou plutôt de le convertir en une sorte de ferme, dont les travaux champêtres seraient à la charge des aliénés convalescents, et où les produits de culture serviraient à leur consommation et à leurs dépenses ».

On sait que ce vœu fut réalisé par Ferrus en 1833 par la création de la ferme Sainte-Anne, succursale de Bicêtre, d'une superficie de 5 hectares, où 200 aliénés, choisis de préférence parmi les incurables, furent employés à la culture de la terre et à l'exploitation d'une vaste porcherie. A peu près à la même époque, Bouchet organise le travail industriel et agricole à l'asile Saint-Jacques à Nantes. En Allemagne, des asiles avec colonie agricole (Siegburg en 1825, Leubus en 1830) sont fondés sous l'inspiration de Langermann. En

1870, Foville note la tendance à faire des asiles des espèces de phalanstères ruraux où le plus grand nombre des malades sont occupés à travailler la terre.

Si les avantages du travail agricole sont unanimement reconnus, des divergences existent quant aux modes d'application. Deux conceptions différentes ont été préconisées : terrains de culture entourant l'asile, colonies agricoles indépendantes. Ces deux thèses se sont affrontées notamment dans les discussions qui eurent lieu en 1863 à la Société Médico-Psychologique et, en 1889, au Congrès de médecine mentale.

En somme, cette question des colonies agricoles distinctes de l'asile se confond avec celle des établissements spéciaux pour aliénés chroniques. En effet, les partisans des colonies agricoles y font entrer exclusivement des malades chroniques, et ils réservent l'asile proprement dit aux malades aigus et curables. Aussi ont-ils recours surtout à des arguments d'ordre économique ; ils font valoir que le prix de journée dans une colonie agricole serait très peu élevé, et que l'organisation de pareils établissements permettrait de lutter à peu de frais contre l'encombrement des asiles. Ils ajoutent — argument médical — qu'en enlevant aux asiles les malades chroniques, on peut concentrer tout l'effort thérapeutique sur les malades qui peuvent en bénéficier, c'est-à-dire sur les malades aigus. Les partisans de ce mode d'assistance peuvent invoquer le patronage d'Esquirol, qui préconisait, pour le traitement des maladies mentales, des hôpitaux pouvant recevoir 150 à 200 malades, et d'où seraient évacués au bout d'un certain temps les malades chroniques.

Telle est, avec quelques variantes, l'opinion soutenue par Baume au Congrès international de médecine mentale de 1889, par Magnan à la même époque (Congrès international d'assistance publique), par Taty, A. Marie au Congrès de Nancy (1896), par Antheaume et Vigouroux dans leur rapport au Conseil général de la Seine sur l'Assistance aux aliénés (1899).

Actuellement, cette conception est celle d'un certain nombre de médecins d'asile. M. Anglade, entre autres, considère comme une faute d'entasser des aliénés chroniques au sein ou aux portes des grandes villes. Aux chroniques, dit-il, il faut de l'espace pour « diluer » leur agitation ou leur délire, et transformer l'effort vain en effort utile. Et il préconise des accords entre plusieurs départements pour orga-

niser des « villages » de chroniques. M. Haye, le distingué chef du 1[er] Bureau à la Direction de l'Assistance, est partisan de colonies agricoles interdépartementales.

Cette conception a provoqué nombre de critiques. Pour J.-P. Falret, admettre des asiles pour chroniques serait d'abord trancher la difficulté la plus grande, celle de la non-curabilité ; même si cette question est tranchée, c'est là une mesure pénible, injuste envers les aliénés, et qui blesse en outre les familles. Ferrus, Morel, Foville, P. Garnier, estiment que curables et incurables ne doivent pas être séparés ; la combinaison de ces deux éléments est indispensable aussi bien pour les malades que pour les médecins ; il ne faut pas admettre qu'il y ait des malades dont on puisse se désintéresser au point de vue traitement. Selon Taguet, tout le secret d'une bonne administration est dans ces deux mots : la visite médicale. Toute colonie qui, par suite de la distance, ne peut être visitée chaque jour, est nécessairement condamnée à être mauvaise. Par suite de l'émiettement des travailleurs entre la colonie et l'asile de traitement, on arriverait à ne rien faire de bon dans la première et à compromettre la prospérité actuelle du second.

Ainsi la colonie agricole pour aliénés chroniques, séparée de l'asile, est critiquée non seulement au point de vue médical, mais au point de vue économique. Morel montre que l'organisation d'asiles pour chroniques augmenterait les frais d'administration. Christian demande qui ferait la culture dans les asiles si l'on enlevait les aliénés paisibles et les idiots.

Si, négligeant les théories, on s'en tient aux faits, on voit que la solution est imposée par la situation même des asiles. Les établissements situés dans les grandes villes ou à proximité, privés par cela même de terrains de culture, et d'autre part fréquemment encombrés, sont amenés à créer des colonies agricoles pour leurs aliénés chroniques. C'est ce que le département de la Seine a réalisé à Chezal-Benoit. Il y a d'ailleurs intérêt à ne pas spécialiser trop étroitement ces établissements, et à y annexer des ateliers spéciaux où peuvent s'employer les malades chroniques ne travaillant pas aux champs ; telle est la formule défendue par MM. Antheaume et Vigouroux dans leur rapport de 1899 au Conseil général de la Seine.

Il est évident qu'un département comme la Seine, où le prix de journée est très élevé, assiste à moins de frais ses aliénés

chroniques dans une colonie agricole que dans un asile de Paris ou de la banlieue. Mais il ne faudrait pas tirer du cas très particulier des asiles de la Seine des conclusions générales.

Dans le tableau dressé pour l'année 1922 par l'Inspection des services administratifs, si le prix de journée à Chezal-Benoit est sensiblement plus faible qu'à Sainte-Anne, il est, par contre, beaucoup plus élevé qu'à Fleury-les-Aubrais, établissement qui passe cependant, et à juste titre, pour un asile modèle et où les malades se trouvent dans des conditions de bien-être reconnues par tous. On ne voit pas d'ailleurs en quoi une colonie agricole indépendante comme Chezal-Benoit, avec ses services généraux, son personnel médical, se différencie d'un asile ordinaire.

Quant aux colonies agricoles situées à quelques kilomètres de l'asile, dépendant par conséquent de la même administration, du même personnel médical, elles ne paraissent pas avoir donné les résultats escomptés par leurs promoteurs. L'Inspection générale (rapport de 1923, p. 197) a constaté que, dans nombre de ces colonies, les malades échappent à la surveillance médicale régulière, que, pour cette raison, on n'ose y placer qu'un nombre très réduit de malades malgré l'existence de lits vacants, « circonstances qui ne permettent pas de considérer des colonies ainsi organisées comme de véritables succursales thérapeutiques ».

En somme, la meilleure formule, tant au point de vue médical qu'au point de vue économique, paraît bien être l'asile complet, l'asile total, comprenant une partie hôpital pour les malades aigus, une partie asile pour les chroniques et les travailleurs (sans oublier le service « ouvert » et le quartier de sûreté). C'est cette conception qu'a soutenue, en termes très heureux, M. l'Inspecteur général Raynier dans son rapport de 1923, et dans l'important ouvrage qu'il a consacré avec H. Beaudouin à l'*Aliéné et les Asiles* (Paris, 1924).

En fait, la plupart des asiles départementaux français sont enclavés dans de vastes terrains qui permettent aux malades de se livrer aux travaux de culture ; pour eux, la nécessité de colonies agricoles ne s'impose donc pas.

Sur 25 établissements français, pris au hasard :

2 ont un domaine de 1 à 5 hectares.
7 ont un domaine de 10 à 20 hectares.

9 ont un domaine de 30 à 50 hectares.
5 ont un domaine de 60 à 80 hectares.
2 ont un domaine de 110 à 120 hectares.

Il est exceptionnel de voir un asile, comme celui de Clermont-de-l'Oise, doté de deux fermes, l'une de 250 hectares, l'autre de 277 hectares, tant en céréales qu'en betteraves, verger, herbage et légumes divers. Aussi bien, la grande culture, si elle offre pour les malades travailleurs des avantages certains, comme celui de réaliser l'open door, n'est pas non plus sans inconvénients. Sans parler de la difficulté du contrôle médical, sur l'importance duquel nous reviendrons, elle nécessite à certaines époques un travail ininterrompu, quelle que soit la température. C'est pourquoi l'introduction de la grande culture dans les asiles a suscité des critiques. Pour Girard de Cailleux (1848), l'horticulture remplit seule les conditions d'un bon traitement : ce travail convient aux malades de toutes professions ; il permet de concentrer un grand nombre de malades sur un petit espace, ce qui facilite la surveillance ; on peut soustraire les travailleurs aux fortes chaleurs, aux intempéries, alors que les travaux des champs exigent, au contraire, une présence continue sous peine de sacrifices importants. De même les Inspecteurs généraux Constans, Lunier et Dumesnil, dans leur célèbre rapport de 1874, conseillent de faire le moins possible de céréales. Ils préfèrent la culture maraîchère et celle des plantes sarclées qui permettent un travail s'échelonnant sur presque toute l'année, sans grande dépense de forces, pouvant convenir même à des femmes. Autres avantages : fourniture aux aliénés de légumes frais, élevage dans des conditions avantageuses de porcs et de bêtes à cornes ; utilisation des engrais. Pour ces auteurs, la culture sarclée et surtout la culture maraîchère donnent un produit net trois ou quatre fois supérieur à celui qui est obtenu avec la culture des céréales.

Ici encore, il importe de ne pas se montrer trop exclusif et de tenir compte des faits : nombre de malades, nature du terrain, règles de l'assollement, production de fourrages pour la nourriture du bétail, etc... Il est une question qui a soulevé, à bon droit, de vives critiques : c'est le développement excessif donné, dans certains asiles, à la culture des légumes dits « de luxe » (asperges, melons...) réservés au personnel et aux pensionnaires des classes supérieures, au détriment des

légumes à grand rendement et de consommation courante (1).

En Suisse, comme dans la plupart des autres pays du reste, l'autonomie la plus complète est la seule règle qui préside à la répartition des travaux horticoles, agricoles, ainsi qu'à toutes les autres occupations fournies aux malades. Ni prescriptions officielles, ni règlements d'aucune sorte ne viennent entraver l'initiative individuelle. Aussi n'est-il pas aisé de brosser, même en quelques traits, un tableau des travaux exécutés par les malades ni même d'exposer sommairement les solutions si différentes données au problème du travail.

Les asiles possèdent tous de vastes étendues de culture fourragère et maraîchère qu'ils exploitent en faisant appel, en toutes saisons, au travail des malades, hommes et femmes, ces dernières avant tout pour la cueillette des fruits et les travaux qui peuvent leur être confiés dans le jardin potager.

Certains asiles, en Suisse, possèdent même une alpe où, l'été venu, une petite colonie de 10-15 malades, accompagnés de 1, 2 ou 3 infirmiers, se rend pour y passer la saison et se consacrer aux divers travaux de l'alpage.

4° **Proportion des travailleurs.** — Le dénombrement des malades occupés est pratiqué d'une façon si différente d'un asile à l'autre, que les données contenues dans les rapports annuels ne sont généralement pas comparables.

Les statistiques du travail, à notre sens, ne jouent qu'un rôle d'émulation. Ce fut bien le cas il y a quelques années alors que le pourcentage des travailleurs dominait le débat. Actuellement déjà, et plus encore si l'on fixait partout un pécule individuel quotidien, le recensement des travailleurs refléterait la réalité même.

Il y a en fait 3 catégories principales de travailleurs :

ceux qui font la journée pleine;
ceux qui atteignent à peu près à la demi-journée;
ceux qui font ici et là quelques petits travaux.

La statistique du travail reste, après tout, un excellent stimulant dont la vertu est loin d'avoir été épuisée.

---

(1) La question de la culture et de la mise en valeur du domaine des asiles est exposée en détail dans un ouvrage en préparation : *Le Régime alimentaire dans les Asiles d'aliénés*, par MM. les docteurs Raynier et Beaudouin, Pinard, économe de l'établissement psychothérapique de Fleury-les-Aubrais, et Bernard, directeur des Services agricoles du Loiret.

II. — RÉGLEMENTATION DU TRAVAIL

1° **Prescriptions officielles.** — En autorisant le travail des malades dans les asiles, l'Administration française a pris soin de marquer qu'il s'agit d'un *moyen curatif* (ordonnance de 1839, art. 15). Le règlement de 1857 précise que le travail est *un moyen de traitement et de distraction* (art. 150). Il insiste sur le rôle du médecin, qui désigne seul les travailleurs et le genre de travail (art. 59 et 151), qui limite, s'il le juge nécessaire, la durée du travail, et qui peut, en toutes circonstances, s'assurer des conditions générales du travail et des précautions sanitaires dont il est entouré (addition du 19 décembre 1892). L'article 152 « interdit d'occuper habituellement des aliénés à aucun des travaux qui consistent exclusivement dans l'emploi de la force musculaire et qui sont à l'usage des animaux tels que : mise en mouvement des pompes, roues, manèges, etc., et de louer leurs bras à des tiers, pour des travaux prolongés. Enfin l'art. 154 (modifié en 1892) prescrit que la journée de travail ne devra jamais excéder 8 heures en hiver, 9 heures en été. On doit évidemment tenir compte de la modification contenue implicitement dans la loi de 8 heures. Quant aux dispositions relatives au pécule elles sont contenues dans les articles 153 à 163.

Il n'a pas été prévu de réglementation générale sur les conditions du travail des malades des asiles cantonaux de la Suisse et, que nous sachions, dans les autres pays.

Ceci s'explique en partie sans doute par le fait que la direction des asiles est ici partout confiée à un médecin. Il n'en reste pas moins que, comme ailleurs, la tendance de l'administration économique des asiles est de voir, dans le travail des malades, essentiellement le côté profit. D'où les luttes toujours renaissantes, souvent sourdes et très tenaces, que doivent soutenir les médecins pour faire triompher, auprès des autorités constituées, l'idée que le travail est, avant tout autre chose, une thérapeutique. N'étaient les inconvénients, le restreint, qu'imposent des règlements qui brident peu ou prou l'initiative individuelle, on se demande si une réglementation de cette matière en quelques articles assez larges ne serait pas un moyen d'apaisement. Les conclusions de ce rapport pourraient à la rigueur, tant elles sont générales et plutôt inspiratrices de règles que règlement même, faire l'objet d'un vœu. Nous ne nous faisons cependant aucune

illusion, tant on est jaloux, à bon droit certes, dans la plupart des cas, des prérogatives conférées par l'autonomie la plus grande.

2° **Séparation des sexes.** — Dans les asiles mixtes, la circulation des travailleurs exige des précautions particulières pour éviter le contact entre les deux sexes. En fait, il est exceptionnel de voir des incidents se produire. Dans son rapport de 1923, l'Inspection générale cite cependant (p. 209) un cas de grossesse chez une jeune imbécile hospitalisée dans un pavillon libre médico-pédagogique, qui avait pu rencontrer un aliéné travailleur. Le rapporteur insiste sur la nécessité absolue de ne tolérer aucune promiscuité et de réprimer énergiquement toutes les fautes de surveillance. De même, la promiscuité entre malades femmes et le personnel hommes doit être évitée, conformément à l'ordonnance de 1839.

3° **Aptitudes et orientation professionnelles.** — Nous aurons à revenir sur le rôle primordial du médecin dans l'organisation, le contrôle, la surveillance du travail. Pour désigner les travailleurs, on tiendra compte, non seulement de l'état mental et de l'état physique dont nous parlons ci-dessous, mais des aptitudes et des goûts des malades. Bien entendu, il ne s'agit pas d'affecter systématiquement chaque malade à un travail correspondant à sa profession antérieure. Il peut y avoir intérêt à opérer de façon différente, et à conseiller, par exemple, le jardinage à un malade surmené par un travail intellectuel intensif. Dans d'autres cas, il sera indispensable de profiter du séjour à l'asile pour essayer d'orienter définitivement le malade vers une autre profession. Nous voulons parler, entre autres, de ces faits, si bien mis en lumière par M. Pactet, relatifs à l'aliénation mentale chez les employés des compagnies de transport en commun. Voici, par exemple, un conducteur de taxi-auto atteint d'épilepsie et interné pour confusion mentale, malade susceptible de s'améliorer et de quitter l'asile. N'est-ce pas servir à la fois l'intérêt du malade et de la société que de l'inciter à abandonner un métier éminemment dangereux en cas de récidive, et de l'aiguiller vers une profession ne comportant qu'un minimum de risques ? Il y a là, pourrait-on dire, une thérapeutique préventive par le travail, dont on ne saurait méconnaître l'importance au point de vue social.

4° **Hygiène des ateliers ; accidents du travail.** — Le médecin doit veiller à ce que le travail soit exécuté dans les conditions maxima de sécurité et pour le malade et pour le personnel. En particulier l'hygiène des ateliers retiendra son attention. Il exigera, notamment dans les ateliers de couture, non seulement le cube d'air sur lequel il est classique d'insister, mais encore — notion moins répandue — une superficie suffisante. Il est essentiel que les malades ne travaillent pas coude à coude, tant pour parer à certaines causes de contagion que pour éviter des blessures.

Les malades seront habitués à la propreté (lavage des mains après le travail) ; ceux qui accomplissent des travaux salissants auront des vêtements de travail qu'ils retirent une fois leur tâche terminée. A la cuisine, à la buanderie, en raison des risques de transmission de la tuberculose une sélection particulièrement rigoureuse sera faite, et des instructions très précises seront données, en particulier pour le triage du linge (port d'une blouse) (1).

Pour les travailleurs des champs qui ont parfois à parcourir une longue distance pour revenir à l'asile, il serait bon, comme le demandait le Docteur Beaudouin dans un de ses rapports sur la Colonie de Fitz-James, de leur donner un manteau imperméable (analogue au suroit du marin). Enfin chaque fois que ce sera possible, il convient d'améliorer les conditions du travail (par exemple, utilisation de l'énergie électrique pour actionner les machines à coudre).

Le médecin désignant seul les malades travailleurs et le genre de travail, sa responsabilité civile peut être mise en cause en cas de faute lourde dans l'exercice de cette prérogative et d'accident consécutif.

On s'est demandé si un aliéné pouvait bénéficier des dispositions de la loi sur les accidents du travail. Une enquête détaillée sur cette matière est en cours d'exécution.

Le sujet, de jour en jour, devient plus important et sa solution plus pressante ; aussi devons-nous revoir ce qui s'est déjà fait dans ce domaine, à tout le moins savoir comment l'on envisage en principe cette question.

Il s'agit à la fois de sauvegarder les intérêts bien entendus des malades, surtout de ceux qui font de courts séjours à

---

(1) Raynier et Beaudouin. — A propos de la tuberculose dans les asiles d'aliénés. *Ann. méd. psychol.*, janvier 1925, p. 21.

l'asile, et de couvrir les responsabilités de l'Administration, la tenir à l'abri des éventualités financières graves.

L'activité des malades est, de plus en plus, intensément mise à contribution, et l'on fait appel à cette main-d'œuvre dans les domaines les plus divers où souvent des risques sérieux sont inévitables. Comme, d'autre part, ce ne sont pas seulement les chroniques et les incurables — vieux piliers d'asile — qui se rendent au travail, mais bien des malades, on peut dire de passage, grâce aux sorties à l'essai, aux sorties précoces, il semble naturel que l'augmentation des accidents, avec risques d'incapacité prolongée ou même d'invalidité, soit parallèlement compensée par des garanties.

On nous répondra, et l'on a même déjà répondu, que le travail des aliénés dans l'asile est assimilable à tout autre moyen thérapeutique, que, par suite, il ne saurait être question d'indemnisation en cas d'accident.

Cette question doit, sans retard, faire l'objet d'une étude approfondie ; un fait brutal pourrait bien, dans un avenir peu éloigné, surgir devant l'Administration désarmée, avec toutes ses conséquences inéluctables.

L'assurance-accident, les dommages intérêts, c'est l'évidence même, sont désormais considérés par le peuple comme un droit acquis.

5° **Produit du travail et rémunération individuelle.** — Dans l'organisation du travail, l'intérêt du malade doit primer tout autre considération. Très peu d'aliénés, Foville l'a noté, peuvent fournir une dose d'efforts égale à celle d'un ouvrier sain et valide. En 1874, les inspecteurs généraux blâment énergiquement les errements de certains asiles, où le travail des malades n'est envisagé, pour ainsi dire, que comme un moyen d'augmenter les ressources. Et ils rappellent que les chefs d'établissement ne devraient jamais oublier que le travail a été institué dans les asiles, sinon uniquement, du moins principalement comme moyen de traitement et de distraction.

Ce principe étant posé — et il n'est pas superflu de le rappeler, même aujourd'hui, — il est parfaitement légitime de ne pas négliger les avantages économiques résultant du travail des aliénés. Selon la formule de Parchappe, on doit organiser le travail dans le double intérêt des malades et des établissements.

Bien que l'asile ne soit pas une maison où le travail est obligatoire, cependant, pour obtenir une discipline et une

régularisation des occupations, on est conduit à la nécessité d'user de la persuasion, même intensive, et de l'encadrement formel des malades, du moins pour le temps nécessaire à leur rééducation : récréer l'habitude de l'activité saine et régulière. Tant de malades sont à ce point rénitents que ni les récompenses, ni les encouragements ne suffisent le plus souvent pour briser l'inertie, la résistance passive, caractéristique essentielle de la plupart des déficients, qu'ils opposent à l'invitation au travail.

Le problème du pécule, pécule formé pendant le séjour du malade à l'asile, et remis à la sortie, mériterait de retenir notre attention.

Il n'est pas possible, dans les limites de ce rapport, d'exposer, même succinctement, ce qui est fait dans ce domaine dans les différents pays. Les opinions les plus diverses, les plus opposées même, ont cours. La pratique, elle aussi, diffère du tout au tout, non seulement d'un pays à l'autre, mais en Suisse et en Hollande, par exemple, d'un canton ou d'une province à l'autre. Ici, l'individualisme est poussé à ses limites extrêmes. Même la rémunération du travail est, çà et là, mise en question ; la création d'un pécule est plus discutée encore. Certains asiles n'ont pas de pécule individuel, mais un pécule commun, si l'on peut ainsi dire, qui solde les divers frais des distractions offertes et des récompenses distribuées aux malades travailleurs.

On accorde parfois une rétribution aux travailleurs, non pas seulement pour le travail et sa bonne exécution, mais aussi en reconnaissance de l'effort fait par tel ou tel malade, même si le rendement est minime. Ceci découle directement de l'idée du travail thérapeutique et mériterait de devenir une règle plus courante.

L'ordinaire des malades étant suffisant, celui des travailleurs devrait être établi en rapport avec les efforts demandés pour le travail qui leur est confié, c'est-à-dire qu'à un effort supplémentaire doit correspondre non pas une récompense, mais bien une compensation de l'énergie dépensée.

Le travailleur doit pouvoir disposer de son gain librement, à sa guise. Nous avons pu nous convaincre que la réalisation pratique de cette idée ne présente aucune difficulté ; loin de là, elle présente des avantages considérables. L'asile de Meerenberg, en Hollande, rémunère le travail de ses malades en jetons n'ayant cours que dans l'asile même. Les malades, qui

librement, qui accompagnés par du personnel, qui par simple procuration, se rendent à jour et heure fixés au magasin de la maison qui leur vend, au prix coûtant, menus objets, denrées, etc., etc... Si le malade a une réserve, elle est convertie, à sa sortie, en monnaie courante. Les registres du travail, tenus à jour par les chefs de division ou de pavillon, sont contrôlés par le chef-infirmier.

Rien de plus simple, et cependant quel appoint moral considérable pour le malade : avoir en mains le produit même de son travail, et pouvoir en disposer à sa guise, sans risques et sans inconvénients.

Voilà, d'un coup, le problème du pécule résolu à la satisfaction des deux parties.

La rémunération quotidienne et le montant du pécule de sortie ne semblent pas pouvoir être fixés d'une façon uniforme.

Ce qui importe, c'est d'éviter une réglementation trop rigide. Le régime adopté doit être assez souple pour ménager le budget de l'établissement, tout en permettant de récompenser les malades ayant manifesté une activité même passagère. On peut y arriver par l'établissement d'un pécule minimum pour les travailleurs intermittents, une allocation plus élevée étant attribuée à ceux qui rendent de réels services. De même pour le pécule de sortie : chiffre de base établi en tenant compte du coût de la vie et pouvant être augmenté pour les bons travailleurs.

6° **Distractions et promenades.** — Elles sont le complément très utile du travail, et les malades y sont des plus sensibles. Si dans tous les asiles les malades ont à leur disposition des journaux, des jeux, par contre les bibliothèques à leur usage, quoique assez nombreuses, n'existent pas partout. L'utilité des salles de lecture n'est plus à démontrer. Nous voudrions croire que l'encombrement de certains asiles est la seule raison de leur absence. Le cinéma, depuis quelques années, a fait son apparition dans les asiles et il faut s'en féliciter, car il s'agit là d'une distraction peu coûteuse et très appréciée. De même on ne peut que préconiser l'installation de la T. S. F. qui procurerait aux malades des auditions fréquentes sans grever outre mesure le budget.

Les promenades sont particulièrement utiles pour les femmes qui travaillent constamment assises dans les ateliers de couture. Les travailleurs des champs, qui bénéficient de l'open

door, goûtent peu, en général, les sorties accompagnées. Parfois la nature même du travail en fait une promenade et une distraction, et nos collègues n'ont certainement pas oublié la poétique évocation par Courbon de la cueillette du houblon à Stephansfeld. Aussi ne peut-on que regretter la rareté, parfois même l'absence complète de promenades dans certains asiles. Signalons, à ce propos, une conséquence bien inattendue de l'application de la loi de 8 heures : cette mesure a entraîné dans un établissement, par suite des nécessités budgétaires, une telle réduction du personnel en service, qu'il a fallu supprimer les promenades. Dans un autre asile cette suppression a été décrétée par le Directeur administratif par crainte d'accidents possibles.

III. — APPLICATION DU TRAITEMENT PAR LE TRAVAIL

Certains aliénistes ont considéré le travail des malades comme la seule thérapeutique permise au médecin d'asile. Pour Mérier (1850), le travail des champs constitue le meilleur, sinon le seul traitement des maladies mentales. Lapointe au Congrès de Nancy (1896), puis au Congrès de 1900, proclame : c'est dans le travail que se confond la thérapeutique par excellence des aliénés ; nul mode de traitement n'a plus d'efficacité.

Il y a là, non seulement une exagération évidente, mais un état d'esprit particulièrement fâcheux. On aboutit ainsi au principe du laisser-faire, au nonchaloir thérapeutique, selon l'expression de Sérieux, au désintérêt pour les malades incapables de travailler et dont certains ont pourtant besoin d'une thérapeutique active.

A l'opposé, les médecins partisans de l'origine organique des psychoses ont tendance à traiter tous les aliénés, même les chroniques, comme des malades ordinaires, à les aliter, à recourir à la thérapeutique chimique. Meeus, visitant en 1903 quelques asiles hollandais, constate que les 2/3 des malades sont au lit.

Entre ces deux doctrines, également excessives, il y a place pour une conception plus éclectique. Le travail n'est pas une panacée. Il ne convient pas à tous les psychopathes indistinctement. Mais il offre à l'aliéniste des ressources très

précieuses, à condition de ne pas oublier que le but à obtenir ne saurait être le même dans tous les cas.

Une distinction fondamentale s'impose, qui a été bien précisée par Parchappe. Chez les malades curables, le travail doit être envisagé comme moyen de traitement ; chez les incurables, comme un moyen de bien-être. Dans le premier cas, le travail s'ajoute à d'autres moyens thérapeutiques : alitement, hydrothérapie, psychothérapie, chimiothérapie. Dans le second cas, il agit comme moyen d'hygiène physique et morale.

A. **CONTRE-INDICATIONS.** — Elles sont ou absolues ou relatives et sont tirées :

1° **De l'état physique.** — Avant d'envoyer un malade au travail, il est essentiel de lui faire subir un examen physique complet. Il ne s'agit pas d'éliminer systématiquement tous les sujets physiquement diminués, mais bien plutôt de choisir pour chaque malade un travail proportionné non seulement à ses aptitudes, mais à ses forces. C'est ainsi qu'un paraplégique peut très bien être utilisé à la cordonnerie, à l'atelier des tailleurs. Par contre, et en dépit de son apparence robuste, un cardiaque sera réservé pour les travaux manuels peu fatigants ou pour les travaux intellectuels.

2° **De l'état mental.** — Les contre-indications les plus importantes à l'emploi du travail sont :

a) les psychoses aiguës à la période d'état, qui nécessitent l'aliment continu;

b) les accès épisodiques d'excitation ou de dépression, au cours des états chroniques ;

c) les paroxysmes anxieux ;

d) les idées de suicide ou d'évasion ;

e) les troubles très accentués du caractère, les états impulsifs ;

f) les démences globales.

Pour toutes ces catégories il importe de ne pas se montrer trop exclusif. Les réactions dangereuses d'un aliéné, son impulsivité, ne doivent pas le faire condamner nécessairement à l'oisiveté. Des sujets de ce genre peuvent travailler, nous le verrons, si l'on prend les précautions nécessaires. De même l'affaiblissement intellectuel d'un paralytique général n'est pas incompatible avec un travail simple.

3° **De l'opposition du malade.** — Ici encore le principe n'est pas absolu et des distinctions sont nécessaires. Certes, les méthodes d'intimidation à la Leuret ont fait leur temps, et il ne saurait être question d'employer la force pour obliger au travail un malade réfractaire. Mais quand des tentatives de persuasion répétées n'ont pas abouti, il ne faut pas se laisser rebuter et revenir à la charge en profitant de la moindre disposition favorable. D'autre part, quand un malade jusqu'alors laborieux cesse de travailler (sans qu'il y ait aggravation de son état mental ou physique), on ne doit pas craindre de le solliciter à nouveau en lui proposant au besoin un changement d'occupation.

B. **INDICATIONS.** — 1° *PSYCHOSES AIGUËS.* — Tout d'abord, *la période de déclin et la convalescence* des psychoses aiguës. L'appréciation du moment le plus favorable pour envoyer les malades au travail est affaire de sens clinique. Des tâtonnements sont souvent inévitables, ainsi que des interruptions dans les essais de travail. A ce point de vue on ne saurait trop recommander, surtout dans les services de femmes, l'installation de chambres de travail à proximité des salles de traitement, comme l'a réalisé, par exemple, M. Anglade à Château-Picon. Les malades, dès qu'il leur est permis de se lever quelques heures, sont conduites dans ces chambres où l'exemple des convalescentes qui s'y trouvent les incite à travailler. Les distractions, les causeries alternent avec le travail, et, selon l'expression de M. Anglade, l'atmosphère de sérénité qui règne dans ces salles se répand aux alentours.

Chez les **maniaques**, il n'est pas nécessaire d'attendre, pour faire travailler les malades, que l'agitation ait complètement disparu. Il y a intérêt au contraire, dès que la période aiguë est passée, à leur donner une occupation choisie avec soin pour essayer de fixer leur attention, de canaliser leur activité. Mais il nous paraît indispensable, en pareil cas, que les malades restent sous la surveillance médicale et ne soient pas, par conséquent, utilisés à l'extérieur de l'Asile.

Chez les **mélancoliques**, deux cas bien différents sont à envisager :

Une première catégorie de malades est celle où les *idées de culpabilité* occupent le premier plan, sans qu'il y ait ralentissement idéo-moteur. Les malades sont portés alors à se réfugier dans le travail, pourrait-on dire, par esprit d'humilité, de

pénitence. Ce qui importe donc c'est, non pas de les exhorter au travail, mais bien de les modérer, de veiller à ce qu'ils n'arrivent pas à la fatigue.

Un deuxième groupe comprend les mélancoliques chez qui prédominent les *idées hypocondriaques*. Ici, au contraire, les malades ont besoin d'être stimulés dès que leur état physique est satisfaisant. Et cela d'autant plus que, chez certains d'entre eux, alors que l'état intellectuel et affectif s'est amélioré, il persiste une sorte de persévération de l'attitude primitive. Comme le dit G. Dumas, les malades restent dans leur inertie parce qu'ils se croient incapables d'effort. Claude a insisté récemment sur les cas de ce genre, à propos d'une malade qu'il présentait avec Tinel à la Société de Psychiatrie (7 décembre 1925), et il serait tenté d'y voir, comme dans la schizophrénie, un certain degré d'inadaptation à la réalité qu'il est urgent de combattre.

Dans la **confusion mentale**, le travail est indiqué lorsque l'asthénie ou l'onirisme commencent à se dissiper. Sauze a bien montré l'importance d'une activité bien dirigée. « En même temps que par la conversation on force le malade à mettre en jeu ses diverses facultés, il faut encore le mettre au travail. Cet exercice salutaire achève de rétablir la santé physique, maintient l'appétit et le sommeil, et donne également à l'esprit une préoccupation qui produit le meilleur effet. »

2° *PSYCHOSES CHRONIQUES. — a)* **Etats délirants.** — Les *délires à évolution chronique* condamnent le plus souvent les malades à l'internement prolongé, et d'autre part n'exercent pas par eux-mêmes d'influence fâcheuse sur l'état physique. Le travail est donc ici tout particulièrement à recommander. Il s'agit alors de rendre l'isolement moins pénible, d'atténuer le changement d'habitudes, de distraire les malades, d'empêcher leur pensée de se concentrer exclusivement sur leur délire. L'action substitutive du travail est dans certains cas indéniable. Nous avons connu un persécuté chronique qui se montrait parfaitement calme quand il travaillait aux champs, c'est-à-dire six jours sur sept. Le dimanche, au contraire, jour de repos, son délire s'extériorisait en monologues bruyants et en gesticulation désordonnée.

Pour l'utilisation de ces malades, il est inutile de faire des distinctions entre interprétateurs et hallucinés. L'intensité des troubles sensoriels n'est nullement une contre-indication.

Un des meilleurs travailleurs que nous connaissions est le malade B..., constamment tourmenté par des hallucinations multiples et surtout par des troubles de la sensibilité générale ; il désigne ses persécuteurs dans son entourage immédiat. Or, depuis de longues années, B... travaille, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur de l'Asile, bénéficie d'une demi-liberté, et cela sans le moindre inconvénient. Pour juger des réactions d'un malade, comme l'un de nous l'a soutenu avec H. Colin, ce qui importe ce n'est pas la nature de la psychose, les idées délirantes, mais bien la connaissance du caractère antérieur.

b) **Arriération mentale.** — Nous ne pouvons envisager ici, comme nous l'avons dit au début, le traitement médico-pédagogique des enfants arriérés ou anormaux. Notons seulement la nécessité, reconnue par tous, de faire une large place au travail manuel. Tel est le principe appliqué, pour ne citer qu'un exemple récent, à l'Ecole de perfectionnement fondée en 1913 par M. Rayneau à Fleury-les-Aubrais. Mme Pinard, qui dirige cette école avec tant de compétence et de dévouement, préconise pour certains enfants ayant terminé leur scolarité, un régime de transition avec liberté surveillée, permettant de voir s'ils peuvent être livrés à eux-mêmes ou placés à l'Asile.

Les débiles adultes sont généralement internés en raison d'accidents épisodiques (excitation, dépression, alcoolisme subaigu, accès délirants). Ces troubles disparus, les malades ne peuvent que bénéficier de la saine discipline du travail et particulièrement du travail des champs. C'est, en outre, un excellent moyen pour le médecin de voir si la disparition des troubles surajoutés est bien réelle, et si l'amélioration se maintient.

D'autres débiles, dont le déficit mental est plus accentué, sont internés parce que, privés de tout appui et livrés à eux-mêmes, ils sont incapables de se diriger correctement.

En utilisant leur suggestibilité bien connue, en les orientant vers un travail peu compliqué, on arrive à obtenir d'eux un rendement souvent inattendu.

c) **Etats démentiels.** — Le déficit mental des déments, comme celui des arriérés, est plus ou moins accentué, et il existe des degrés multiples dans la démence. Il est certes des déments inutilisables et condamnés à une vie uniquement végétative. Mais chez beaucoup d'autres, en dépit des trou-

bles du jugement, de la mémoire, de l'affectivité, persiste un automatisme professionnel susceptible d'être utilisé. A la colonie de Fitz-James, le malade T., désorienté, indifférent, incohérent, a travaillé pendant plus de trente ans comme charron, de façon très utile. Retenu finalement au quartier pour affaiblissement physique progressif, il s'échappait de temps à autre pour se rendre à l'atelier.

Il n'est pas jusqu'aux déments séniles qu'on ne puisse employer à des travaux simples.

Notons enfin l'utilité du travail comme criterium permettant d'apprécier la valeur d'une rémission chez un paralytique général.

Ce que nous venons de dire du travail chez les déments s'applique tout particulièrement aux **déments précoces**, type Morel. Si ces malades sont abandonnés à eux-mêmes, l'évolution démentielle est généralement rapide. En les stimulant, en utilisant leurs stéréotypies, en profitant de leurs rémissions, on arrive parfois à réveiller en eux une activité qui paraissait irrémédiablement abolie. Masselon avait émis l'hypothèse que le processus démentiel progressif pouvait être chez ces malades le résultat de la non-utilisation du capital intellectuel existant encore ; d'où possibilité par le travail d'arrêter l'évolution démentielle.

On sait que Bleuler est allé plus loin en édifiant sa conception de la schizophrénie. Puisque l'on fait jouer le rôle principal à l'autisme, à la perte du contact avec la réalité, il est tout indiqué de tenter la rupture de cet autisme. Le travail constitue précisément un des moyens les plus efficaces. Cette méthode a pris un essor tout particulier en Suisse ; Bleuler et ses disciples lui attribuent de nombreux succès thérapeutiques. Nous n'avons pas à y insister, la schizophrénie devant être étudiée et discutée par ailleurs à ce même Congrès.

d) **Perversions instinctives et psychoses avec réactions dangereuses.** — L'opinion unanime des aliénistes réclame depuis longtemps des asiles de sûreté où le travail serait organisé de façon rationnelle. Il est à craindre que ce vœu ne soit pas de sitôt réalisé en France. Ce n'est pas une raison pour laisser ces malades dans l'inaction qui est ici particulièrement fâcheuse. Elle aboutit à accentuer l'irritabilité latente de ces sujets ; inoccupés, ils ne songent qu'à mal faire. Le travail devient ici un dérivatif pré-

cieux et un utile élément d'ordre et de discipline. Mais on conçoit que de particulières précautions doivent être prises.

L'erreur la plus grave serait d'employer de tels malades au travail agricole. Elle avait été commise par les Allemands à Düren et aboutit à des révoltes qui obligèrent à la suppression du travail. Aussi avons-nous été surpris, au cours de notre enquête sur le travail dans quelques Etablissements français d'aliénés, de voir le Médecin et le Directeur d'une importante maison privée envisager pour les malades dangereux le travail agricole, alors qu'ils se montrent hostiles à la création d'ateliers de quartiers.

Le seul travail qui convienne aux aliénés dangereux, c'est précisément le travail dans des ateliers situés dans les quartiers même de traitement, selon les principes qu'a si bien mis en lumière M. Henri Colin et qu'il a appliqués en organisant le quartier de sûreté de Villejuif. Il ne s'agit pas d'un atelier unique, mais d'ateliers multiples où travaillent au maximum trois malades, souvent un seul. Ces ateliers doivent être parfaitement éclairés, et munis d'un ratelier d'outils bien exposé, où le malade range tout son matériel avant de sortir, ce dont on peut facilement s'assurer du dehors. Ils doivent comporter deux portes se faisant face, pour que l'on puisse pénétrer, si besoin est, dans l'atelier, par deux côtés à la fois.

Ces précautions permettent d'éviter les accidents, l'exemple de Villejuif suffit à le démontrer. Ajoutons que la situation des ateliers de travail dans les quartiers de traitement, permet le contrôle quotidien du Médecin et assure la surveillance par des infirmiers professionnels, deux points dont nous aurons à souligner l'importance.

Quant à la nature du travail, il convient d'éviter, d'une part, un matériel trop complexe, d'autre part, un travail trop fastidieux (encollage de sacs de papier par exemple) dont se lasseraient vite les malades. La fabrication de bas, chaussettes, chaussons, paillassons, le cannage de chaises, la reliure sont particulièrement indiqués.

e) **Epileptiques et alcooliques.** — Ici encore la solution de choix serait l'Asile-Colonie régional spécialisé qui existe dans beaucoup de pays et dont nous manquons en France. Rappelons le rapport de P. Ladame au Congrès de Clermont-Ferrand (1894), et le vœu émis à l'unanimité par le Congrès international de médecine mentale de 1899 après rapport de Motet et Véhaut : nécessité d'établissements spéciaux pour alcooliques avec travail obligatoire.

Dans l'asile ordinaire, on est évidemment obligé de tenir compte des réactions de ce genre de malades pour les affecter à telle ou telle occupation.

Aux épileptiques lucides dans l'intervalle de leurs crises, aux alcooliques après terminaison des accidents aigus, conviennent les travaux de jardinage et de culture. Quant aux épileptiques à réactions violentes, ils ne peuvent être utilisés que dans un quartier de sûreté, et encore avec des précautions toutes spéciales en raison de leur impulsivité (isolement rigoureux dans un atelier).

IV. — RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

Parvenus au terme de notre étude sur le travail des malades dans les asiles : méthodes appliquées, buts poursuivis, réglementation, rémunération des travailleurs, résultats thérapeutiques et économiques, etc., il nous incombe désormais de résumer très sommairement ces divers chapitres et de fixer, dans de brèves conclusions, les principes qui doivent inspirer l'organisation rationnelle du travail des malades dans les institutions psychiatriques.

Les faits exposés dans ce rapport se groupent tout naturellement comme suit :

1. L'organisation du travail et son contrôle médical ;
2. La formation du personnel ;
3. Les occupations mises à la disposition des malades ;
4. Le choix des malades à occuper et leur répartition ;
5. Travail-rendement et travail-traitement ;
6. La rémunération du travail ;
7. Les résultats obtenus ;
8. La réglementation sur la matière.

1. L'organisation du travail et son contrôle médical

La clinique mentale utilise de plus en plus le travail comme moyen thérapeutique. Il s'est avéré des plus efficace, non seulement chez les individus dont la maladie est évoluée et qui, trop facilement, sombrent dans l'inertie la plus complète (catatonie ou démence d'asile), mais encore chez un grand nombre de malades dont la psychose est à son début ou en pleine évolution.

Réveiller et activer les capacités qui vont s'étiolant, main-

tenir à tout prix les activités sidérées par des désordres psychiques, tel est le but que cherche à atteindre le psychiatre qui organise le travail et met à la disposition de ses malades les occupations les plus variées.

Il est à peine besoin de proclamer alors, que tout ce qui a trait à l'organisation du travail des malades dans les asiles, travail-rendement aussi bien que travail-traitement, est d'ordre strictement médical.

En collaboration avec le personnel infirmier, l'autorité médicale crée, organise et s'ingénie à maintenir à un niveau constant et régulier les occupations qu'elle procure aux malades. Encouragements, entraînement, persuasion et même parfois décisions énergiques, tout doit être mis en œuvre pour contribuer à atteindre les buts poursuivis.

L'autorité médicale seule organise et compose les équipes des travailleurs, répartit le travail entre les malades, désigne ceux qui doivent être placés sous surveillance et ceux qui peuvent circuler librement et vaquer seuls à diverses besognes.

Elle prescrit aux chefs-infirmiers les consignes spéciales à donner aux chefs d'équipes et aux infirmiers, qui, sous aucun prétexte ne doivent s'en départir, ni apporter ou laisser apporter une modification quelconque sans autorisation médicale formelle.

L'autorité médicale accueille, il va sans dire, toutes les indications et les suggestions venant de l'économat et des chefs de service, concernant des changements à faire dans la composition des équipes surveillées, dans l'attribution de certains travaux, dans la répartition des infirmiers.

A l'autorité médicale incombe encore l'établissement des horaires du travail qu'elle compose d'accord avec les chefs des divers services, en tenant compte des nécessités particulières aux différents travaux et de l'intérêt bien entendu des malades, les premiers intéressés.

Il est, en particulier, de toute nécessité d'étendre le temps de travail à toute la population de l'asile (suppression, pendant les heures de travail, des jeux, distractions, lectures et travaux personnels, sauf exception autorisée par le médecin). Cette mesure générale prévient les réclamations, l'énervement des travailleurs et la dislocation des équipes.

Comme le besoin d'activité, impérieux chez l'homme normal, s'altère rapidement chez celui qui est atteint de trou-

bles mentaux, même transitoires, tout doit être tenté pour l'organisation des occupations des malades, pour combattre de bonne heure et efficacement ce symptôme aussi précoce que tenace, et pour maintenir intact, sous pression constante, si l'on peut dire, le dynamisme des capacités de travail des malades.

Les plus sceptiques sont actuellement convaincus du rôle thérapeutique du travail. Logiquement, on en déduit que tout ce qui concerne l'organisation des occupations et le contrôle des travailleurs des asiles est affaire strictement médicale. Il ne s'ensuit nullement, comme d'aucuns veulent le laisser entendre, que le médecin, non seulement fait fi du rendement du travail, souvent important, toujours appréciable, mais, par ses conceptions utopiques, pousse encore à la dépense.

Les résultats obtenus répondent pour nous.

Le travail est un puissant instrument de traitement dont seul le médecin, aidé et soutenu par le personnel infirmier qui en connaît l'usage, peut faire emploi judicieux.

Le service médical seul a le pouvoir et les compétences nécessaires pour organiser et contrôler tout ce qui concerne le travail des malades des asiles, partie de l'arsenal thérapeutique mis à la disposition de la clinique mentale. Comme Schiller de Wil, un des pionniers de la thérapeutique par le travail en Suisse, le disait récemment dans une conférence sur le sujet : « Les fruits récoltés ne tombent cependant pas d'eux-mêmes dans nos mains ; nous ne parvenons à les récolter que si, nous aussi, nous sommes sans relâche au travail, cherchant sans cesse pour chaque malade l'occupation la mieux adaptée. »

2. La formation du personnel

Les infirmiers et les infirmières, en contact immédiat constant avec les malades, jouent un rôle de premier plan dans l'organisation, le développement et le perfectionnement de l'activité de ceux-ci. Trop longtemps ils furent de simples gardiens, préposés uniquement à la surveillance passive des salles et préaux, à peine appelés à quelques travaux d'intérieur et aux menues choses de l'aiguille.

La psychiatrie moderne, par contre, exige beaucoup de son personnel : avant tout une activité plus grande, plus d'initiative, de décision, de savoir-faire et de tact. Aussi se doit-elle de

lui procurer une éducation soignée et une instruction générale et professionnelle. Ce problème est posé actuellement partout; de sa solution dépend, dans une large mesure, le succès ultérieur de la thérapeutique par le travail.

Non seulement, en effet, le personnel doit être préparé pour certains travaux, il doit encore pouvoir s'adapter à des occupations variées, il doit surtout comprendre la part de collaboration qu'on attend de lui, l'influence morale considérable qu'il peut exercer sur le malade et qui, ferment actif et à effet continu, précipite une amélioration ou la peut retarder. L'infirmier prolonge et complète l'influence du médecin.

Le travail-traitement est entre les mains du personnel-infirmier un instrument précieux, mais de maniement délicat. Aux médecins revient l'honneur et incombe la tâche de préparer son personnel de telle sorte que son devoir puisse être rempli avec aisance et efficacité. L'instruction générale, mais avant tout l'éducation morale, le sens de la profession doivent lui être inculqués.

Des instructions précises, de l'ordre, de la discipline, une large place laissée à l'initiative individuelle et à la compréhension personnelle de l'infirmier, tel doit être, dans ses grandes lignes le règlement, la règle plutôt de l'infirmier.

Au surplus, la formation professionnelle du personnel infirmier, qui devient une nécessité impérieuse et désirée de part et d'autre et qui, même, est, à bien des endroits, en voie de réalisation, sinon déjà une réalité, doit réserver dans son programme un enseignement sur le travail et les occupations des malades, le travail-rendement et avant tout le travail-traitement : à la thérapeutique par le travail.

Quant aux chefs d'ateliers et aux chefs d'équipe non-infirmiers, il serait certes excellent — mais plus difficile à réaliser — qu'à leurs connaissances professionnelles ils joignent quelques notions sur la façon de diriger les malades et de se comporter avec eux. Bien entendu, il serait excessif de leur demander une compétence hospitalière égale à celle d'infirmiers de carrière. Le médecin peut, toutefois, leur donner quelques directives simples, non seulement d'ordre général, mais aussi à propos de chaque malade qui leur est envoyé. Il est essentiel, en tout cas, qu'ils tiennent compte du caractère particulier des travailleurs à eux confiés, qu'ils ne s'attachent pas exclusivement à exiger d'eux un travail-

rendement et qu'ils ne renvoient pas un malade « au quartier » dès que sa capacité de travail faiblit ou dès qu'il a tendance à s'agiter.

3. Les occupations mises à la disposition des malades

Sans énumérer à nouveau toutes ces occupations, nous rappellerons qu'à côté des soins domestiques de tous ordres qui peuvent déjà absorber une main-d'œuvre importante dans les services intérieurs, les travaux de la campagne et du potager, les divers ateliers de l'asile, il devient indispensable de créer encore des occupations spéciales capables d'offrir aux malades des occasions aussi propices que variées de travail.

Pour certaines catégories, les criminels et les dangereux, par exemple, l'emploi d'appareils ou d'instruments doit nécessiter des précautions spéciales et être réduit au minimum. C'est ainsi qu'on installe la fabrication de cartonnage, des enveloppes, le triage des denrées, de fils d'étoffes, le tressage du raphia, le tressage de nattes, de tapis, etc.

Quelques asiles parviennent, presque sans main-d'œuvre extérieure, à fabriquer tout ce qui est nécessaire à la vie organique de la maison. L'asile devient ainsi une ruche bourdonnante, dont l'effort, sans être forcé, est considérable et les résultats magnifiques.

L'asile doit former un tout. La création de colonies agricoles pour malades chroniques, sauf circonstances exceptionnelles (établissements urbains, asiles à l'étroit, dans l'impossibilité de s'étendre), soulève de sérieuses objections, tant au point de vue médical qu'au point de vue économique.

Le maximum de possibilités de travail existant, il est aisé de choisir au fur et à mesure, l'occupation la mieux adaptée à l'état présent du malade. C'est là un facteur important pour la réussite de la thérapeutique par le travail. De la sorte, certains malades bénéficient souvent d'une amélioration rapide de leur santé, par suite d'un séjour abrégé à l'asile et d'une prompte reprise de leur activité sociale.

Les avantages réels et multiples, médicaux, sociaux, économiques même, que l'asile et les malades qui lui sont confiés sont appelés à retirer tant de l'institution du travail-rendement que de l'instauration du travail-thérapeutique ne sont plus à démontrer.

Par suite de préjugés surannés, dans certains asiles, seuls les indigents sont envoyés au travail, à l'exclusion des malades

qui paient leur pension. On aboutit ainsi à ce paradoxe de voir des malades, parce que fortunés, privés des bienfaits de cette thérapeutique. Il est évident qu'en pareille matière, aucune distinction ne devrait être faite entre indigents et pensionnaires.

4. Le choix des malades à occuper et la répartition du travail

Au demeurant, il est peu de malades qui ne peuvent pas être occupés; même les invalides, selon leurs faibles moyens, fournissent parfois une belle somme de travail; quant aux cas aigus, aux formes précoces, ils doivent être sans retard enrôlés dans les travailleurs.

Ce qui importe, c'est de choisir le moment propice et l'occupation adaptée. Il n'est point nécessaire de chercher à encadrer le malade dans ses occupations professionnelles. Parfois, c'est bien; dans beaucoup d'autres cas, le malade retire un plus grand bénéfice thérapeutique d'un genre de travail tout différent qui, coupant ses automatismes professionnels, sa routine, par l'attention et l'ingéniosité à mettre en œuvre, le dégage peu à peu de ses préoccupations pathogènes et lui facilite le retour sur le chemin du comportement normal.

Il y a, *grosso modo,* deux catégories de travailleurs :

1. Ceux qui doivent être placés sous une surveillance constante : évadeurs, dangereux, épileptiques, etc. Ils sont encadrés par des infirmiers. L'autorité médicale, seule compétente, forme, modifie, ou dissout les équipes et répartit le travail.
2. Les escouades mobiles avec surveillance très lâche, voire sans surveillance aucune : travailleurs occupés individuellement ou par groupes à des besognes définies. La confiance accordée joue ici le rôle d'un adjuvant thérapeutique de premier ordre. Maint psychopathe dégénéré, voleur, insociable remplit sa tâche consciencieusement des mois durant.

On retrouve ici la masse de ces formes de délinquance à responsabilité diminuée pour lesquelles, depuis des lustres, nous réclamons en vain l'asile mixte.

5. Travail-rendement et travail-traitement

Travail-rendement. — Un effort constant et considérable a été fait de tout temps pour tirer parti de l'énorme capital-travail latent dans les asiles, au mieux des intérêts bien

entendus de la maison, cela allait de soi, et, par surcroît, à l'avantage plus ou moins marqué des travailleurs.

Nul ne saurait voir un inconvénient quelconque, moins encore de nos jours, par les temps calamiteux que nous sommes appelés à vivre, dans le fait qu'un asile s'ingénie, pour alléger sa main-d'œuvre rétribuée, à récupérer le plus possible des forces vives en potentiel dans ses murs.

Seul l'esprit qui inspire et administre le travail, que nous pouvons appeler le travail-rendement des malades, doit rester d'ordre strictement médical. Jamais le médecin ne pourra assez marquer son droit imprescriptible et son devoir sacré en ces domaines. C'est là du reste la sauvegarde unique et certaine des intérêts et même de la santé des malades qui sont confiés aux asiles.

Travail-traitement. — Dès longtemps déjà, mais petit à petit et d'une façon toute spontanée d'abord, toute empirique, suivant en cela l'évolution générale imprimée à la science psychiatrique et à des conceptions successives concernant l'assistance, la thérapeutique et l'hygiène mentale de certains groupes nosologiques (psychopathes, déments précoces, etc.) naquit, puis se précisa la tendance à occuper les malades prématurément et d'une façon systématique, dans un but de pure thérapeutique, sans souci aucun du rendement.

6. La rémunération du travail

On peut presque dire : autant de pays, et même dans certains pays, autant d'asiles, autant de solutions à cette question.

Pour certains médecins-directeurs d'asiles, ce problème ne se pose même pas ; le travail, selon eux, est l'un quelconque des nombreux moyens de traitement des malades mis à la disposition du médecin ; partant, la question de rétribution tombe d'elle-même.

La plupart des asiles, cependant, récompensent le travail et l'encouragent soit par une amélioration variée de l'ordinaire, soit par l'octroi de privilèges spéciaux, marques de confiance spéciales, etc. Certains asiles reconnaissent aux travailleurs un pécule journalier dont la remise est individuelle et est adaptée aux goûts du malade.

Ce pécule peut être la monnaie courante, ou consister en jetons spéciaux et seulement échangeables dans l'asile même qui les émet. Une ou deux fois par semaine, à heure et jour

fixes, les malades, seuls ou accompagnés, viennent faire leurs achats.

Le règlement français sur la matière admet pour acquis le droit des malades à une alimentation suffisante, de sorte qu'une amélioration de l'ordinaire compense seulement l'énergie dépensée par le travailleur; son travail doit, en conséquence, recevoir encore rémunération.

Les sources qui alimentent la caisse de rémunération du travail reflètent l'individualisme le plus pur.

Nombre d'asiles tirent directement des articles du budget (comme l'alimentation, les frais divers, etc.), sans autre mention, les douceurs, les extras, le tabac distribués aux travailleurs.

D'autres asiles encore inscrivent au budget annuel un article spécial pour la rémunération du travail.

Quelques asiles enfin ont un compte-travail à part, alimenté en tout ou en partie par le produit même du travail manufacturé.

Le mieux en même temps que le plus simple c'est le compte à part : le dénombrement des travailleurs sera plus strict, la rémunération, les distractions et certains extras seront proportionnés au travail effectué et au rendement. L'émulation y gagnera, chacun contribuant par son effort au bien de tous.

7. Les résultats obtenus

Laissant intentionnellement de côté tout ce qui concerne les résultats matériels, le rendement financier dont nous reconnaissons la valeur, cela va sans dire, nous voulons brièvement constater ici, du point de vue uniquement médical, les résultats déjà réalisés, par le travail systématiquement organisé, pour les malades des asiles tout d'abord.

L'allure générale de la maison comme aussi le comportement personnel des malades se sont transformés.

C'est là un des plus grands bienfaits qu'apporte l'organisation du travail : ordre, propreté, discipline, tranquillité, tenue morale. Les activités en disponibilité dans chaque être humain sont canalisées vers des fins utiles et agréables, au lieu de passer en des mouvements stériles, des agitations nuisibles, destructrices, allant s'épuisant et s'enlisant dans une déchéance psychique et corporelle progressive et irrémédiable.

Le personnel n'étant plus surmené par le bruit, les luttes

et les disputes sans raison comme sans fin, se livre à sa tâche et à ses occupations en collaborateur des malades.

Les malades eux-mêmes retirent de toute activité et plus encore du travail thérapeutique un bien physique et moral qui facilite les sorties à l'essai, qui abrège le séjour à l'asile ou qui leur permet, à tout le moins, restant internés, de jouir de nombre d'avantages inconnus jusque-là.

Pour un individu, sentir qu'il a accompli une tâche définie, qu'on lui accorde confiance, qu'il reste à même de pouvoir récupérer sa fonction sociale, tout cela est un appoint moral précieux dans la lutte menée contre les symptômes de la maladie.

Les résultats déjà obtenus, pour réjouissants qu'ils soient, ne doivent cependant être considérés que comme des indications pour parfaire notre œuvre.

8. Réglementation, assurances-accidents

La France, nous l'avons vu, semble bien être le seul pays qui ait déterminé, par une ordonnance et un règlement-modèle, les conditions auxquelles les malades des asiles peuvent être occupés.

Une telle réglementation — du reste très libérale, et n'étouffant nullement l'esprit d'initiative — fait défaut ailleurs ; en Suisse, par exemple, les ordonnances et les règles individuelles prescrites par chaque directeur-médecin prévalent et diffèrent d'un asile à l'autre.

Ce que l'on pourrait faire, c'est de poser quelques règles générales : des principes qui seraient en quelque sorte la charte des travailleurs dans les asiles. Tout en appréciant ce qui a déjà été obtenu dans ce domaine, il n'en faut pas moins reconnaître que bien des améliorations, bien des garanties attendent encore leur réalisation.

Le travail thérapeutique déploiera tous les effets qu'on est en droit d'attendre de lui dès que le médecin pourra agir librement, dégagé de toute préoccupation fiscale comme aussi de toute crainte de dommage pour ses patients.

C'est en France également qu'a été soulevée la question d'assurer les malades contre les accidents du travail. Cette question n'a pas reçu de solution définitive, les opinions étant diamétralement opposées ; la qualité de « malade » réduit pour quelques-uns les occupations au rôle de pur moyen thérapeutique.

En Suisse, nous n'avons rien de pareil : de l'enquête de

l'un de nous, il ressort que le besoin de l'assurance ne s'est jusqu'ici point fait sentir. Les risques encourus, parfois considérables, n'ont eu que très exceptionnellement des conséquences fâcheuses.

Quelques réponses, cependant, laissent entrevoir que, çà et là, un médecin-directeur se montre soucieux du sort fait aux malades occupés, des risques d'accidents et de leurs effets (incapacité de travail ou même invalidité). A juste titre, du reste, car les chances d'accidents et de suites graves se multiplient avec la tendance actuelle de traiter précocement par le travail les cas aigus, les formes psychiques les plus diverses en pleine évolution. Les risques, plus nombreux et parfois plus grands, auxquels le travailleur est exposé, sont en partie compensés par la durée écourtée du séjour à l'asile, les sorties très précoces étant fonction directe du maintien des capacités du malade en activité par une utilisation appropriée et rationnelle.

Il bénéficie, comme aussi l'administration, des avantages créés par la situation nouvelle. Il est juste et il devient alors nécessaire que cette dernière prévoie tout pour garantir la sécurité du travail et une réparation équitable en cas de malheur.

A quoi bon une sortie précoce si, la santé psychique rétablie, le malade avait subi une diminution de sa capacité fonctionnelle ? L'asile, d'autre part, est exposé à des demandes de dommages-intérêts qui pourraient mener loin. La thérapeutique par le travail en recevrait un coup dont elle aurait peine à se remettre.

Le problème de l'assurance-accidents des malades travailleurs doit être soumis à un examen approfondi afin de pouvoir entrer sans trop tarder dans le domaine des choses réalisées.

CONCLUSIONS

Les principes généraux qui doivent inspirer l'organisation rationnelle du travail des malades des asiles nous paraissent ressortir nettement de ce rapport.

Tenant compte de tout ce qu'on a déjà réalisé dans ce domaine de la thérapeutique par le travail, des efforts considérables accomplis, des heureux résultats obtenus, nous estimons qu'une réglementation uniforme et rigide serait fatale à l'institution du travail thérapeutique.

L'initiative individuelle, l'ingéniosité personnelle, l'autonomie la plus large, telles doivent être les lois qui président à l'organisation de cette thérapeutique par le travail.

Il serait bon toutefois que les autorités préposées à la surveillance des asiles prennent en considération les conclusions suivantes :

1. L'organisation de tout travail des malades dans les asiles est d'ordre strictement médical;

2. Le contrôle de tout ce qui concerne les occupations des malades : distribution du travail, répartition des malades, attributions du personnel, est également d'ordre strictement médical;

3. Pour que ce contrôle puisse s'exercer efficacement, il est nécessaire, d'une part que les malades confiés à un seul médecin ne soient pas trop nombreux, d'autre part que le lieu où ils travaillent ne soit pas, en raison de son éloignement de l'asile, un obstacle à une visite médicale régulière.

4. L'organisation d'ateliers de travail à l'intérieur même des quartiers de traitement, qui manque dans beaucoup d'asiles, permettrait d'occuper un plus grand nombre de malades, dans leur intérêt aussi bien que dans celui de l'établissement.

5. L'ordinaire des malades devant être suffisant, les extranourriture sont une simple compensation physiologique à l'effort supplémentaire fourni, à la dépense musculaire ;

6. La question *pécule* (pécule quotidien, pécule à la sortie, remise et utilisation du pécule) devrait faire l'objet d'une étude, dont les conclusions, assez générales, pourraient être adoptées par tout le monde, ne fût-ce que comme vœu ;

7. L'assurance-accidents pour les travailleurs devrait être également étudiée sans retard. L'administration des asiles se doit de fournir aux malades toutes garanties à cet égard et de trouver une solution équitable ;

8. Quelle que puisse être l'importance du travail-rendement, il n'en reste pas moins que le travail-traitement doit rester la préoccupation essentielle du médecin d'asile. Rationnellement organisé, il devient, entre les mains du psychiatre, un adjuvant thérapeutique dont le rôle n'est plus à démontrer.

La thérapeutique par le travail est la pierre d'angle du grand édifice consacré à l'assistance des aliénés et à l'hygiène mentale.

Cahors, Imprimerie Coueslant *(personnel intéressé)*. — 32.687